

# Psykologen som hybrid leder

PSY  
KOL  
OGI



Tolv år som sykehusdirektør har gitt rikelig anledning til å prøve og feile som leder. Her er ti viktige erfaringspunkter.

TEKST

**Morten Skjørshammer**

PUBLISERT 1. juni 2021

EMNER **Ledelse**

Psykologforeningen ønsker flere psykologer inn i lederstillinger. Det reiser spørsmålene om hva som er psykologifagets ledelsesperspektiv, og ikke minst hvilke eventuelle fortrinn det har i forhold til andre ledelsesperspektiver (Gloppen, 2020). I utgangspunktet stiller dette perspektivet på linje med andre profesjonsbaserte eller teorifaglige ledelsesperspektiver, som alle har sine begrensninger og sterke sider. Det eksisterer i dag ikke en enkel ledelsesmodell som sammenfatter det vell av forskningskunnskap som finnes om ledelse og organisasjon. Bass Handbook of Leadership (Bass, 2008), et standardverk med en omfattende oppdatering av metoder og teori innenfor ledelsesfeltet, har over 10 000 henvisninger og redegjør for 5–8 alternative perspektiver på ledelse. Konklusjonen er at ingen har foreløpig oppskriften på hva som er god ledelse, det fins ingen fasit. Det er et stort spillerom for ulike typer lederatferd så lenge medarbeidere og oppdragsgivere opplever den som nyttig og verdiskapende, og at en leverer forventede resultater (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Ledelsesforskningen er lenge blitt kritisert for at det er for stor avstand mellom ledelse som vitenskapelig disiplin og det som kalles for praktisk ledelse (Klev & Vie, 2014). Ledere sliter således med å se sammenhengen mellom teoretiske beskrivelser av ledelse og den praksis de opplever i hverdagen. Det peker på behovet for en praksisempiri der ledere selv bidrar med refleksjoner, fortellinger og omtale av egen lederpraksis. Helseforetakene, som inkluderer sykehusene, er psykologenes største arbeidsplass. Jeg vil i denne artikkelen formidle noen erfaringer som leder av Diakonhjemmet Sykehus i Oslo i perioden 2002–2013.

## **Min bakgrunn**

Jeg ble utdannet som psykolog i 1976 og gikk tidlig inn i ledelse, først som leder av bistandsprosjekter i Guatemala (Skjørshammer, 1984), senere som fag- og mellomleder i høyskolesektoren, og som studierektor for videreutdanning i «Organisasjon og ledelse» for ledere i helse- og sosialsektoren. Erfaringene mine fra disse undervisnings- og lederrollene tydeliggjorde at jeg trengte et bredere perspektiv på organisering av helsetjenester enn det psykologifaget representerte. Det resulterte i at jeg tok en Master of Public Health og senere doktorgrad i Folkehelsevitenskap med en avhandling om «Cooperation and conflict in health care» (Skjørshammer, 2002).

Jeg har i løpet av 12 år som sykehusdirektør hatt rikelig anledning til å utøve, prøve og feile i, praktisk ledelse. Det følgende er ti viktige erfaringspunkter.

### **1. Pasienten først og sist**

Sykehus og helseforetak er først og fremst til for å behandle og lindre pasienters sykdom, lidelse og smerte. Dernest er det en arbeidsplass og viktig utdannings- og forskningsarena. Men det er «Pasienten først!», som det heter i en viktig utredning fra 1997. Vi kunne også lagt til pasienten sist, og i dette mellomrommet ligger ansattes faglige kompetanse. Sykehus klarer ikke å gjøre mer for pasienter enn det ansatte har kompetanse, ferdigheter, kunnskaper og tid til. Derfor er det nødvendig for ledere å monitorere kompetansesituasjonen, og sørge for videreutdanning og at personalet er i front innenfor virksomhetens domene. Kompetanse er alfa og omega; sykehus verken kan eller bør gjøre noe de ansatte ikke har kompetanse til. I denne samhandlingen mellom pasienter og helsearbeidere er det viktig å ha in mente at sykehus tradisjonelt har vært «totale institusjoner», blant annet karakterisert av en svak og passiv pasientrolle. Særlig er det viktig at det er en ledelse med like sterk lojalitet til pasienters interesser som til ansattes.

### **2. Sykehus er hybride organisasjoner som krever hybrid ledelse**

«På samme måte som klinikere  
må elske sine pasienter, må  
ledere elske klinikk!»

Forut for spørsmålet om hva som er god ledelse, går spørsmål som: Hva slags organisasjon er det som skal ledes? Hvilke oppgaver er den satt til å løse? Hvilke krav gjelder for virksomheten? Hvilke ressurser disponerer den, og hva er de ansattes kompetansegrunnlag? Det er først når slike spørsmål er avklart, at det gir mening å spørre om hva som er god og fornuftig ledelse.

Sykehus er komplekse kunnskapsorganisasjoner som er vanskelig å forstå og krevende å styre. Et sykehus er ikke én organisasjon, men en hybrid organisasjon som består av krysninger eller sammenkoplinger av fire forskjellige underliggende organisasjoner eller «verdener» (Glouberman & Mintzberg, 2001):

- Den biomedisinske (domineres av legeprofesjonen)
- Pleie og omsorg (domineres av sykepleieprofesjonen og annet helsepersonell)
- Administrasjon og ledelse (ledere, sykehusadministrasjon)
- Lokalsamfunn (kommunehelsetjeneste, lokal politikk og administrasjon)

Disse fire «verdenene» har ulike oppgaver, domineres av ulike faglige rasjonaliteter i form av språk og tankesett, og har ulike måter å organisere seg på. Mellom verdenene er det kløfter, særlig mellom sykehusledelse og de helseprofesjonelle, men også mellom den biomedisinske verdenen og sykepleieverdenen, der ledere og ansatte må finne måter å balansere disse ulike rasjonalitetene på i forhold til hverandre (Berge et al., 2016). Det krever hybrid ledelse med vekt på tverrfaglig kommunikasjon og utvikling av felles språk og virkelighetsforståelse (Byrkjeflot & Kragh Jespersen, 2014). Vi ser hvor krevende det er i diskusjonen om new public management og spørsmålet om hvordan helsesektoren bør struktureres og styres.

### **3. Ledelse i forlengelse av administrasjon og underlagt virksomhetsstyring**

Overraskende mye ledelse ligger i forlengelse av nødvendig daglig administrasjon på den ene siden og av offentlig definert virksomhetsstyring på den andre siden (Skjørshammer et al., 2012a). Det har økt stort i omfang de senere årene og begrenser ledelsesrommet, noe som kommer overraskende på nye ledere. Sykehusene styres nå av 50 lover, 130 forskrifter, årlige oppdragsdokumenter, som for Helse Sør-Øst sist år var på 15 sider, 11 offentlig tilsynsetater som følger opp virksomhetene og et relativt komplisert økonomisk styringssystem. Mye ledelse består således i oppfølging og iverksettelse av styringskrav. Når det gjelder økonomi, finnes det få om ingen muligheter til å arbeide på inntektssiden, alle nye kostnader og innsparingskrav må tas via utgiftssiden. Det er de færreste ansatte som ser på effektiviserings- og nedskjæringskrav som spennende faglige oppgaver. For klinikere oppleves disse kraveneutelukkende å gå på bekostning av kvaliteten i behandling og pleie.

Mellom styringskrav og administrasjon ligger det imidlertid et stort åpent rom for ledelse. Det er det som dreier seg om innovasjon og forbedring av arbeidsprosessene. Her spiller lederen en avgjørende rolle i tilrettelegging og oppfølging av kreative arbeidsprosesser som ernærer gode ideer, innspill og engasjement fra ansatte (Berge et al., 2016).

#### **4. Ledelse er alltid kontekst- og situasjonsbetinget**

All helseledelse foregår på kort sikt innenfor grenser satt av velferdsstatens rammebetingelser og den gitte helsepolitiske situasjonen. Det er en løpende oppgave for ledere å holde seg à jour med hva som skjer i omgivelsene, og oversette eksterne krav og forventninger til det indre liv i organisasjonen. De må praktisere aktiv analyse av kontekst og situasjoner, og vurdere om det bør initieres ad hoc-tiltak eller endringsprosesser. At lederteamet fungerer er avgjørende for å klare det på en god måte og for å kompensere for lederens svakere eller manglende kompetanseområder. For psykologer som ledere i helsesektoren kan det være at de har begrensede «kroppskunnskaper» og svakt utviklet tverrfaglig helseperspektiv som kan være en ulempe når ulike fagrasjonaliteter skal knyttes sammen. I mange sammenhenger har psykologer vært sterke forkjempere for eget fagperspektiv og faglighet. En leder med psykologbakgrunn kan således lett oppfattes mer som en solist enn lagspiller og derved ikke fungere tilstrekkelig samlende som leder.

Store deler av ledelsesfunksjonene i sykehus ivaretas av fagprofesjonelle gjennom egne autoriserte fag- og ansvarsområder. De formelle lederne er således ikke de eneste som utøver ledelse. Profesjonelle medarbeidere med høy fagkompetanse og høy faglig status har ofte stor innflytelse. For å kunne bli handlingsdyktig som leder er det nødvendig å bli godt kjent med ikke bare den formelle delen av organisasjonen, men også den uformelle med sine persongallerier av uformelle ledere og opinionsdannere. Til sammen utgjør disse det som ofte kalles for «den dominerende allianse», en blanding av innflytelsesrike formelle og uformelle ledere. Det er aktører som helst bør være med på laget, og som en i hvert fall må unngå å ha som motstandere, for å gjennomføre endrings- og utviklingsprosesser. De fleste slike prosesser tar tid. Lederen må ha bygd seg opp tilstrekkelig tillits- og troverdighetskapi tal når det gjelder «den dominerende allianse», som matcher størrelsen på det som skal oppnås. Lederen er avhengig av en image som gjør det troverdig at dette får vi til. De fleste helsearbeidere er skeptiske til de store endringene, de har dårlige erfaringer med at utbyttet ikke står i forhold til innsatsen. Så jo mindre biter endringer kan deles opp i, jo bedre er det.

#### **5. Oppfølging av konflikter**

Arbeidsdagen i en helseorganisasjon vil over tid være full av faglige uenigheter, endog disputer, som finner sine mer eller mindre tilfredsstillende løsninger, stort sett i form av kompromisser. Slike uenigheter er positive utvekslinger som driver arbeidet fremover. Konflikter oppstår når de vanlige og innarbeidede mekanismene for problemløsning i organisasjonen ikke lenger fungerer eller gir utilfredsstillende resultat, og det skapes negative vedvarende følelser mellom partene. Det kan få ødeleggende innvirkninger på arbeidsmiljøet og redusere arbeidsprestasjonene og kvaliteten på behandlings- og omsorgsarbeidet. En viktig lederoppgave er å sørge for at det tas tak i konflikter, og at en forbedrer virksomhetens evne til å arbeide systematisk med konflikthåndtering. Enhver helseorganisasjon trenger et program for konflikthåndtering i tillegg til påkrevde varslingsrutiner. Et slikt program inneholder

oversikt over virksomhetens prosedyrer for konflikthåndtering, redegjør for ulike metoder og veiledningstilbud og iverksettes gjennom et undervisningsprogram for alle ledere. Mottoet må være at «en liten konflikt er begynnelsen på en god løsning», og at ansatte lærer seg hvordan de kan være rykende uenige uten at samarbeidet lider (Skjørshammer, 2002).

## **6. Verdier i praksis**

Jo mer det snakkes om økonomi, effektivisering og produktivitet, jo mer må det snakkes om verdier og hvorfor sykehuset er til. Sykehus er ikke til for å tjene penger, men for å behandle pasienter og lindre smerte, der økonomi er et virkemiddel og ikke et mål i seg selv (Skjørshammer et al., 2012a). De ansatte er opptatt av organisasjonsetikken og hverdagsverdiene som de ønsker å realisere i praksis. De fleste har valgt sin yrkesutdannelse fordi de ønsker å gjøre en innsats for andre mennesker, og det vil være feil om sykehuset ikke ernærer denne moralske siden av arbeidsmotivasjonen. Verdier er også viktig for pasienter og pårørende, og signaliserer hvordan de kan forvente å bli behandlet. For mange er det helsevesenet som i siste instans definerer deres menneskeverd. En sykehusinnleggelse eller et møte med helsevesenet handler således om mer enn hjelp til helseplager. Det handler også om å bekrefte pasienters menneskeverd. Helsevesenet mangler ikke gode verdier, men det er en leders oppgave å sørge for at de holdes oppe, og at en reflekterer over hvordan de realiseres i arbeidshverdagen. Det vil uunngåelig oppstå kollisjoner mellom ulike verdier, noe vi ser stadig mer av i dag mellom økonomiske og behandlingsfaglige verdier. Her må ledere engasjere seg for å prioritere og mediere mellom verdier (Skjørshammer & Aadland, 2009).

## **7. Skal vi få et bedre helsevesen, må planleggingen forbedres**

«Hvordan kan det være så godt og dårlig under samme tak?» var tittelen på en sykehusutredning noen år tilbake, der blant annet pasientlogistikken ble beskrevet som et «uforutsigbart eventyr». Mye organisasjonsplanlegging har bedret seg siden den gang, men fremdeles gjelder det at planleggingsprosessene må forbedres innenfor de begrensninger som følger av manglende kunnskap og usikkerhet om det som skal planlegges (Skjørshammer, 2004). Det gjelder å finne frem til det optimale omfang av planlegging, verken for mye eller for lite på ulike samhandlings- og koordineringsområder. Det synes fremdeles å være en stor ubalanse mellom ressursbruken som går inn i turnusplanlegging, sammenliknet med pasientplanlegging. Det er også mangelfull kopling mellom ulike planleggingsaktiviteter, særlig årsplanleggingen med konkretisering av aktiviteter og budsjett, og hvordan det som planlegges, kan bidra til å realisere ønskede verdier-i-praksis. Her er det en lederoppgave å kunne gjennomføre det under overskriften «verdibevisst virksomhetsledelse».

Mye planlegging og koordinering, og ikke minst problemene som oppstår når disse funksjonene svikter, foregår på ulike møtearenaer. Møter er en viktig ledelsesarena for å ivareta behovene for informasjon og kommunikasjon, ta beslutninger og ikke minst for

å utvikle felles «mind set». Men møter representerer en stor ressursinnsats i form av arbeidstid. Dessverre har «møter» et dårlig rykte og bør jevnlig vurderes med henblikk på hvordan de fungerer. Det gjelder alt fra å gjennomgå hvilke møter som er nødvendig å ha, hvem som skal delta, hva som er formålet og agendaen, om det varer for lenge eller for kort og ikke minst hvordan møter ledes. Her trenger lederen å være et forbilde ved å sørge for at det blir sendt ut innkallinger med agenda, at møter begynner og slutter til riktig og fastsatt tid, og at kommunikasjonen dreier seg om det som er møtets hensikt. Lederen bør ha en ambisjon om «alltid å være best forberedt» til sine møter.

## **8. Ledelse «by walking around»**

Ledelse «by walking around» ble formulert på 1970-tallet og er fremdeles en gyldig metode. Det kan gjøres slentrende og uplanlagt gjennom en avdeling eller arbeidsenhet. Det gir anledning til å se og høre mye som ellers ikke dukker opp i møter og formelle sammenhenger. Problemet for ledere er at det tar tid, ansatte kommer bort til deg, og du får greie på noe du kanskje ikke ønsket, eller høre om en ny utfordring eller ide du kunne vært foruten. Men småpratene som følger med, åpner opp for å kople seg nærmere på virksomhetens uformelle kommunikasjonsdomene, med sine rykter og løsere omtaler om hvordan det står til og hva som skjer (Skjørshammer, 2017). Vesentlig er det også at det reduserer avstanden til leder.

En annerledes og mer systematisk variant av dette ble utviklet på Diakonhjemmet og kalt for «kommunikasjonsrevisjon». Det er et «gå–observere–samtale»-opplegg som representerer en kryssing av «walking around» og metoder kjent fra kvalitetsarbeidet på oljeplattformer i Nordsjøen (Skjørshammer, 2010). Den gjennomføres som en svært langsom spasertur gjennom en avdeling eller post, der lederen sammen med utvalgte deltakere fra arbeidsenheten praktiserer aktiv observasjon, kommenterer det de ser, sjekker ut og spør hverandre vedrørende egne visuelle observasjoner, noterer seg følelser og det estetiske inntrykk. Deltakerne oppmuntres til å ta et rent pasient/pårørende-perspektiv og gjerne anlegge et kritisk blikk. Dernest lager man en handlingsplan som følges opp. Opplegget gir også en inngang til organisasjonens uformelle sider.

## **9. Emosjonelt arbeid**

Sykehus er emosjonelle organisasjoner, der det å ivareta og bearbeide følelser er en viktig del av arbeidet. Det gjelder særlig pasienters og pårørendes følelser knyttet til innleggelse og behandling, men også ansattes følelser er sentralt. Det å kunne fungere profesjonelt innebærer på den ene siden å ta imot og bearbeide alle typer følelser som følger av pasientkontakten, og på den andre siden bearbeide sine egne følelsene som oppstår i dette møtet og i samarbeidet med kolleger. Dersom man ikke klarer å takle disse følelsene, kan det få negative konsekvenser for personlig fungering og arbeidsinnsats. En del av jobben er således emosjonelt arbeid som i hovedsak innebærer å snakke om følelser med pasienter, pårørende og kolleger. I slike sammenhenger er de instrumentelle fagspråkene oftest utilstrekkelige med sin vektlegging av rasjonalitet og handling. Her kan estetisk kommunikasjon gjennom

visuell kunst og poesi være til hjelp. Det åpner opp der fagspråkene ikke når frem, og setter ord på det vi ikke helt skjønner, men fornemmer (Skjørshammer, 2010, 2012b).

## 10. Ledere må elske klinikk!

På samme måte som klinikere må elske sine pasienter, må ledere elske klinikk! Det er her i møtet mellom pasienter og behandlingspersonell at sykehuset realiseres. Det er her «sannhetens øyeblikk» om virksomheten ligger: et mantra som hele tiden må gjentas.

Hvordan settes så psykologer i stand til å lede på en god måte? På samme måte som for psykologifaget for øvrig dreier det seg langt på vei om å ha god translasjonskompetanse. Det vil i sykehus si evnen til å tilegne seg og oversette kunnskap om helseledelse, helsearbeid og organisering av helsetjenester til praktisk ledelse i arbeidshverdagen, og reflektere over hensiktsmessigheten av egen lederatferd i slike sammenhenger. Det gjelder å være tett på virksomheten, kommunisere bredt, løse problemer og flaskehals, stimulere til engasjement og være til nytte. Det hele bør være båret oppe av grunnleggende holdninger preget av samarbeid, respekt, høflighet og generøsitet, alt kledd i en adekvat estetisk lederstil.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 6, 2021, side 478-483*

### TEKST

**Morten Skjørshammer**

KONTAKT: torkil.berge@diakonsyk.no

+ Vis referanser

Bass, B. M. (2008).

. New York: Simon & Schuster.

Berge, T., Ekern, P., Fjerstad, E., Hyldmo, I., Lang, N. & Skjørshammer, M. (2016). Supplere, ikke konkurrere: Hvordan skal vi innpasse klinisk helsepsykologi i sykehusets organisasjon og tjenestetilbud? , 358-365.

Byrkjeflot, H. & Kragh Jespersen, P. (2014). Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. (5), 441-

458. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-12-2012-0162>

Gloppen, K. J. (2020). Psykologisk ledelse. , 898-904.

Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease. Part I: Differentiation. , 56-69. <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006>

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2019). (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Klev, R. & Vie, E. (2014). . Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Skjørshammer, M. (1984). Psykologen som deltager i utviklingsprosjekter i 3. verden. , 252-258.

Skjørshammer, M. (2002).

. Gøteborg: Nordic School of Public Health.

Skjørshammer, M. (2004).

Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Skjørshammer, M. & Aadland, E. (2009). Verdirefleksjoner i helsetjenesten: noen erfaringer fra Diakonhjemmet Sykehus. I T. Uhlig & K. B. Hagen (red.),

(s. 6-13). Diakonhjemmet Sykehus.

Skjørshammer, M. (2010). Sanselige sykehus - Om betydningen av arkitektur, visuell kunst og estetikk. I A. Finset, F. Wisløff, J. E. Jacobsen & L. Fyrand (red.),

(s. 123-133). Oslo: Unipub.

Skjørshammer, M., Wenaas, V. T., Frafjord, A. M. & Hyde, A. (2012a). Verdibasert virksomhetsledelse - kan verdier og resultatstyring kombineres på en troverdig måte? I E. Aadland (red.),  
(s. 109-129). Oslo: Akademika forlag.

Skjørshammer, M. (2012b).

Oslo: Diakonhjemmet Sykehus.

Skjørshammer, M. (2017). Småprat, sladder og rykter på arbeidsplassen - utfordringer og muligheter for verdibevist ledelse i praksis. I E. Aadland & H. Askeland (red.),

(s. 245-260). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.